

Från frisk till sjuk på 4 minuter

Att få och leva med diagnosen abdominellt aortaaneurysm.

FÖRFATTARE	Johansson Katrine Lado Camilla
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete – Kandidatnivå
	HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Pettersson Monica
EXAMINATOR	Lindström Irma

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Från frisk till sjuk på 4 minuter – Att få och leva med diagnosen abdominellt aortaaneurysm
Titel (engelsk):	From healthy to sick in 4 minutes – to be diagnosed and live with a diagnosis of abdominal aortic aneurysm
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad/OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Johansson Katrine Lado Camilla
Handledare:	Pettersson Monica
Examinator:	Lindström Irma

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Varje år dör cirka 1000 svenskar av brustet abdominellt aortaaneurysm (AAA), pulsåderbräck. Sjukdomen är ofta asymtomatisk och därför vet patienten i de flesta fall inte att hon eller han har en sjukdom förrän aneurysmet upptäcks. Sverige har på senare år infört screening på män över 65 år för att hitta eventuella AAA. AAA upptäcks även vid annan undersökning av buken. Mortaliteten är hög vid ruptur (bristning) och patienten opereras först när aneurysmet nått en viss diameter. **Syfte:** Syftet med litteraturöversikten är att belysa aktuell forskning angående patienters upplevelse av att få diagnosen AAA samt om och hur den påverkar deras hälsa och livskvalitet. **Metod:** En litteraturöversikt där resultatet är baserat på tio vetenskapliga artiklar publicerade mellan 2000-2010. **Resultat:** Patienterna upplevde både positiv och negativ påverkan på sin hälsa och livskvalitet. Individuella skillnader i självskattad livskvalitet före screening hade stor betydelse för hur livskvaliteten skattades efter screening. Många patienter upplevde oro och ångest efter upptäckten medan några patienter kände sig räddade av att aneurysmet upptäckts. Diagnosen ledde till begränsningar i det vardagliga livet p.g.a. rädsla för ruptur. Den självskattade livskvaliteten och hälsan skilde sig åt beroende på om patienten opererades eller fick konservativ behandling. Efter operation tycks den låga livskvaliteten öka och därmed återgå till hur den skattades före diagnosen. **Slutsats:** Informationen som patienten får har stor påverkan på hur sjukdomen kommer att upplevas. Fler positiva än negativa upplevelser av att få besked om sitt AAA framkom. Att leva med obehandlad AAA övervägs av negativa upplevelser men det finns också positiva. Att få AAA behandlat kan ge patienten sin ursprungliga livskvalitet åter. Lidandet är större under tiden för konservativ behandling.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Sjukdomen AAA	2
<i>Patogenes</i>	2
<i>Behandling</i>	3
Screening	3
<i>Screening av AAA</i>	3
<i>Screening av AAA internationellt</i>	3
<i>Screening av AAA nationellt</i>	4
<i>Screening av AAA hos kvinnor och män</i>	4
<i>Andra screeningprogram och dess påverkan på välbefinnandet</i>	5
Hälsorelaterad livskvalitet	6
Teoretisk referensram	6
<i>Hälsokorset</i>	6
Centrala begrepp	7
<i>Lidande</i>	7
Problemformulering	8
 SYFTE	 9
 METOD	 9
LITTERATURSÖKNING	9
DATAANALYS	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
 RESULTAT	 11
PATIENTENS POSITIVA UPPLEVELSE AV AAA-BESKED	11
PATIENTENS NEGATIVA UPPLEVELSE AV AAA-BESKED	12
PATIENTENS POSITIVA UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED AAA	12
PATIENTENS NEGATIVA UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED AAA	13
 DISKUSSION	 15
METODDISKUSSION	15
Urval	15
Genus	16
Sökord	16
Analys	16
RESULTATDISKUSSION	16
Hälsorelaterad livskvalitet	16
Lidande	18
Hälsokorset	19
Slutsats och klinisk implementering	19
Framtida forskning	20

REFERENSER

21

BILAGOR

1 TABELL FÖR SÖKORD

2 MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING

3 ARTIKELPRESENTATION

4 RESULTATPRESENTATION

INTRODUKTION

INLEDNING

Varje år dör cirka 1000 svenskar av brustet AAA. Cirka 4-6 procent av alla män mellan 65 och 79 år i Sverige har ett abdomniellt aortaaneurysm (AAA). Hos kvinnor i samma ålder är risken att utveckla ett AAA 1-3 procent (Hjärt-lungfonden, 2011). Sjukdomen är ofta symtomlös och därför vet patienten i de flesta fall inte om sin sjukdom förrän aneurysmet upptäcks.

I Sverige har man på senare år infört screening på män över 65 år för att hitta ett eventuellt AAA. Det är också vanligt att ett AAA upptäcks vid annan undersökning av buken. Dödligheten är hög vid ruptur (bristning) och patienten opereras inte förrän aneurysmet nått en viss diameter. Gränsvärdet är 50-55mm och varierar mellan olika sjukhus i Sverige (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2008).

Vetskapen om att ha drabbats av en potentiellt livshotande sjukdom och att den inte skall åtgärdas omedelbart kan ha en psykosocial inverkan på patienten och skapa ett lidande för den enskilda individen.

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har en sjuksköterska fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (International Council of Nurses Svensk sjuksköterskeförening, 2002). I mötet med dessa patienter har med andra ord sjuksköterskan som omvårdnadsansvarig en skyldighet att finna patienter som lider och i de fall det går motverka fortsatt lidande.

I och med screeningprogrammet och en utveckling av teknologin för att utreda sjukdomar upptäcks idag fler AAA än tidigare och många av de drabbade kommer aldrig att uppfylla kriterierna för att få genomgå en operation. Detta skiljer AAA-screening från många andra screeningprogram som finns i Sverige. Vid cellprovtagning för att upptäcka livmoderhalscancer hos kvinnor eller mammografi för att finna bröstcancer utreds och behandlas diagnoserna direkt vid upptäckt. Många av de patienter som får diagnosen AAA kommer att leva med en obehandlad sjukdom och vetskapen om dess risker resten av livet.

I forskning har det framkommit att många patienter tycker att det ligger för mycket fokus på den fysiska delen av sjukdomen och att många av de psykologiska problemen glöms bort eller ignoreras (Letterstål, Eldh, Olofsson, & Forsberg, 2010).

Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskan skall utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan skall tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Detta innebär att sjuksköterskans uppgift är att uppmärksamma både fysiska och psykiska symtom och problem hos patienterna de vårdar.

Författarna vill med denna litteraturoversikt belysa patienters upplevelse av att få diagnosen AAA samt om och hur den påverkar deras hälsa och livskvalitet. Att som sjuksköterska ha kunskap om hur patienten fysiskt och psykiskt påverkas av att få

diagnosen AAA kan bidra till en ökad förståelse. Kunskapen kan dessutom öka möjligheten att lättare uppmärksamma de omvårdnadsbehov som uttrycks i vårdmötet.

BAKGRUND

Sjukdomen AAA

Patogenes

Aneurysm betyder en sjuklig lokal utvidgning av ett kärl och syftar främst på arteriella kärl. I dagligt tal benämns aneurysm som pulsåderbräck. Det finns två sorters aneurysm, falska och äkta. Det äkta aneurysmet engagerar och försvagar samtliga tre kärlväggslager som under en tid expanderar (Malina, 2010). Pseudoaneurysm eller falskt aneurysm uppstår då det från en skada i kärlväggen uppstår ett hematom som begränsas av omgivande vävnad och senare kapslas in av fibrin. Fibrinet bildar då aneurysmets vägg (Hedin & Hultgren, 2009; Wanhainen, 2011).

Aneurysm kan uppstå på olika platser i aortan men abdominellt aortaaneurysm (AAA) är vanligast och de flesta börjar nedanför njurartärerna. Det kan omfatta endast aorta eller sträcka sig ner i iliacaartärerna (Hedin & Hultgren, 2009; Wanhainen, 2011).

Oftast är AAA asymtomatiskt och patienten har inga besvär eller vet om det. Det upptäcks oftast av en slump i samband med annan undersökning av buken eller när aneurysmet rupturerat (brustit) (SBU, 2008; Upchurch & Schaub, 2006). De fåtal patienter som har symtom kan ibland själva känna en pulserande resistens i buken eller smärta i buk eller rygg (Wanhainen, 2011). Är aortas maximala diameter 30mm eller större anses aneurysm föreligga enligt dagens kliniska accepterade definition (SBU, 2008; Wanhainen, 2011).

AAA är ovanligt hos både män och kvinnor under 60 år men risken ökar med stigande ålder. Manligt kön, rökning, åderförkalkning samt förekomst av AAA inom familjen ger ökad risk att få sjukdomen (SBU, 2008). Andra riskfaktorer är högt kolesterol, högt blodtryck, hjärt- eller njurtransplantation samt om man tidigare drabbats av stroke (Upchurch & Schaub, 2006).

När aneurysmet ökar i diameter ökar även risken för ruptur, vilken är den vanligaste komplikationen (Malina, 2010). Tillväxten sker inte med samma hastighet hela tiden, utan är expontiell då man sett att aorta vidgas fortare ju större den blir. För att beräkna risken för att aneurysmet skall brista mäts dess diameter (SBU, 2008).

Hög mortalitet föreligger vid ruptur som leder till blödning. Klassiska symtom på ruptur är plötslig smärta, blodtrycksfall och pulserande resistens i buken. Symtomen kan ofta vara diffusa, atypiska och misstas för andra akuta bukfall. Det är därför viktigt att ha aortaaneurysm som differentialdiagnos vid det akuta omhändertagandet (Malina, 2010). De patienter som får en ruptur framåt, dvs. ut i fri bukhåla, avlider oftast. Dock är det vanligare att AAA rupturerar bakåt, varvid blödningen tillfälligt stoppas genom mottryck av omkringliggande vävnad. Det är i båda fallen viktigt att patienten kommer under akut vård så fort som möjligt (Wanhainen, 2011).

Av de som får en ruptur, följt av blödning, avlider cirka hälften innan de når sjukhus (SBU, 2008). Hinner patienten komma till sjukhus när aneurysmet rupturerat utförs en akut operation (Malina, 2010) men endast cirka hälften överlever. Mortaliteten är cirka 75 % då ett AAA brister (SBU, 2008).

Behandling

Behandlingen av AAA skiljer sig åt relaterat till bräckets diameter samt symtomförekomst. Är diametern av mindre storlek får man konservativ behandling, det vill säga att tillväxten följs med upprepade ultraljudsundersökningar. Man kan även få farmakologisk behandling med blodtrycksreglerande läkemedel samt statiner (Malina & Pettersson, 2011). Operation erbjuds då risk för ruptur anses stor och om patientens hälsa i övrigt tillåter det (SBU, 2008). Operation rekommenderas även vid symtomgivande icke-rupturerade aneurysm oavsett diameter (Wanhainen, 2011). Gränsvärdet för operation varierar mellan olika sjukhus i Sverige mellan 50-55mm, ofta har kvinnor lägre gränsvärde. (SBU, 2008).

Det finns två olika sorters operationer. Öppen kirurgi (OR) samt en operation genom endovaskulär teknik (EVAR). Öppen kirurgi är ett stort ingrepp och till skillnad från EVAR, som är ett mindre traumatiskt ingrepp, krävs det oftare intensivvård samt en längre sjukhusvistelse efter en öppen kirurgi (Letterstål et al. 2010). Vid öppen kirurgi, som har använts sedan 1970-talet, ersätter man det skadade kärlsegmentet med ett konstgjort tubulärt tyggraft genom att sy fast graftet i den ickevidgade kärlväggen nedom och ovan aneurysmet. EVAR infördes inte förrän på 1990-talet och vid en sådan operation förs det konstgjorda graftet in till aortan med hjälp av katetrar genom kärlen från ljumskpulsåderna. Allting sker under röntgengennomlysning och väl på plats fixeras graftet i aneurysmets båda ändar med metalliska stentar. Mortaliteten vid EVAR är cirka 1 % i jämförelse med OR där den procentuella risken ligger på 3 (Malina & Pettersson, 2011).

Screening

Screening av AAA

AAA är ett vanligt förekommande tillstånd i Sverige och världen. Eftersom sjukdomen, som tidigare nämnts, ofta är asymtomatisk tills aneurysmet rupturerat leder det till många dödsfall samt höga akutkostnader för sjukvården. Screeningprogram för att upptäcka AAA har i flera undersökningar visat sig sänka mortaliteten i denna sjukdom (Cosford, Leng, & Thomas, 2007).

En studie som genomfördes i England 2002 fann att screening av AAA reducerade mortaliteten i sjukdomen med ca 30 % (Ashton, Buxton, Day, Kim, Marteau, Scott, Thompson & Walker, 2002). Andra studier visar att screening kan minska mortaliteten i AAA med cirka 50-80 procent. Även om screening leder till fler elektiva operationer dagtid, minskar man antalet dyra akuta operationer med efterföljande intensivvård. Detta minskar sammantaget kostnaden för sjukvården (Wanhainen, 2011).

Screening av AAA internationellt

Screening av AAA ser olika ut i olika länder. Endast ett fåtal länder har ett nationellt program. I vissa länder blir män kallade till screening medan det i andra länder är upp till var och en att ta ansvar för att få en ultraljudsundersökning av aortan.

Skottland startade sitt nationella screeningprogram år 2011. Enligt riktlinjer får män som fyller 65 en inbjudan till ultraljudsundersökning av sin aorta (Healthcare Improvement Scotland, 2011). I England introducerades screeningprogrammet under år 2009 och beräknas täcka hela England år 2013. Alla män som fyller 65 år blir inbjudna och män som är över 65 år kan skriva en egen-remiss för undersökning (NHS Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screening Programme, 2011).

I USA finns ett nationellt screeningprogram men männen blir inte kallade. Med start år 2005 rekommenderas män över 65 som någon gång i sitt liv rökt att konsultera sin läkare angående ultraljudsundersökning. Kvinnor rekommenderas inte att göra undersökningen eftersom det inte är lika vanligt med AAA hos kvinnor som hos män (Agency for Healthcare Research and Quality, 2009; U.S. Preventive Services Task Force, 2005).

Screening av AAA nationellt

I Sverige var Uppsala län först ut med att starta screeningprogram för AAA år 2006. Sedan dess har de flesta andra län i Sverige följt efter och startat egna program. Idag screenas cirka 95 procent av alla svenska män över 65 år och i och med det är Sverige först ut i världen med ett i princip rikstäckande screeningprogram.

Sveriges olika landsting har själva rätt att bestämma om de skall ha screeningprogram samt hur dessa skall utformas. De flesta har dock valt att ansluta sig till ett centralt utformat screeningprogram där alla 65-åriga män i befolkningen screenas.

Vilken diameter som skall uppfyllas för att ett AAA skall diagnostiseras skiljer sig åt i olika landsting. I de flesta används gränsen 30 mm, vilken är den generellt accepterade gränsen. Men det finns även landsting som använder sig av gränsen 25 mm. (Wanhainen & Björck M, 2011)

Att screena för AAA är en enkel undersökning som endast behövs göras vid ett tillfälle om inget aneurysm upptäcks. Ett ultraljud genomförs där aortans diameter mäts. En screening med ett negativt utfall, det vill säga utan AAA, tar i snitt 4 minuter att genomföra. Priset för undersökningen är ca 20 dollar, vilket i princip motsvarar priset för en vanlig mammografiundersökning. Om ett AAA upptäcks får patienten en uppföljande tid hos en kärlkirurg eller en sjuksköterska (Wanhainen & Björck, 2011).

Screening av AAA hos kvinnor och män

I Sverige avlider cirka 1000 personer årligen till följd av AAA (Hjärt-lungfonden, 2011). Män drabbas oftare än kvinnor och sannolikheten för att en kvinna skall utveckla ett AAA är cirka en fjärdedel så stor som för en man (Hannawa, Eliason & Upchurch, 2009; SBU, 2008). Manligt kön är alltså en riskfaktor för att utveckla AAA men en riskfaktor för att aneurysmet skall brista är att vara kvinna (Upchurch & Schaub, 2006.).

Ett AAA uppkommer cirka 10-15 år senare hos kvinnor än hos män. Observationer som dessa har minskat intresset för att låta kvinnor ingå i de nationella screeningprogrammen. Vad orsaken till denna skillnad mellan könen beror på är inte helt klarlagd. Östrogen har diskuterats som en skyddande faktor för AAA och att

skyddet försvinner efter klimakteriet när mängden cirkulerande östrogen i kroppen minskar (Hannawa et al. 2009).

I flera studier har screeningens påverkan på aneurysmrelaterad mortalitet samt kostnadseffektivitet hos kvinnor och män undersökts. Scott, Wilson, Ashton och Kay (1995) kom i sin studie fram till att screening sänker mortaliteten för män, men de kunde inte se någon minskning i gruppen med kvinnor. Vid en annan studie gjord av Scott, Bridgewater och Ashton (2002) framkom liknande resultat där ingen skillnad i rupturfrekvensen mellan screenade kvinnor och kontrollgruppen påvisades. Författarna kom fram till att det inte fanns någon klinisk eller ekonomisk vinning i att screena kvinnor.

Wanhainen, Lundkvist, Bergqvist och Björck (2006) kom fram till att det även skulle kunna vara kostnadseffektivt att screena kvinnor, då de trots att de har en lägre förekomst, lider större risk för ruptur. Trots detta gäller rekommendationerna om screening enbart till män i dagsläget, och det är bara män som kallas till screeningar. I Uppsala har försök gjorts med att screena 70-åriga kvinnor och det framkom att det inte var kostnadseffektivt (Hjärt-lungfonden, 2011).

Andra screeningprogram och dess påverkan på välbefinnandet

Screeningprogram för andra sjukdomar har funnits längre än det för AAA. Forskning kring hur screeningprogrammen påverkar individen fysiskt och psykiskt har genomförts.

Cancerfonden skriver att screening för bröstcancer (mammografi) kan upplevas obehagligt för kvinnan både fysiskt och psykiskt. Minskningen i mortalitet är motsvarande den för AAA-screening, d.v.s. 30 %. Att kontinuerligt komma på undersökningar kan leda till trygghet (Cancerfonden, 2009). Enligt Gøtzsche, Hartling, Nielsen och Brodersen (2008) ger visserligen mammografi bättre överlevnad då bröstcancer upptäcks i tid men samtidigt ökar överdiagnostiken samt överbehandlingen.

Ofarliga tumörer som aldrig kommer att utvecklas till cancersjukdom behandlas på samma sätt som farliga tumörer eftersom det inte alltid går att skilja dem åt. När mammografin visar en misstänkt tumör blir kvinnorna kallade till ytterligare en undersökning. Om tumören då visar sig vara ofarlig har kvinnan utsatts för ett "falskt alarm". Väntan på besked om diagnosen cancer eller inte leder ofta till oro, ångest samt förändringar i det sociala livet. Några av de kvinnor som får ett "falskt alarm" kan under lång tid känna sig sårbarare i förhållande till sjukdom och besöker läkare oftare än tidigare.

Kvinnor i Sverige screenas även för livmoderhalscancer. Vid en viss ålder kallas kvinnan till cellprovtagning för att undersöka om cellförändringar föreligger. Cellförändringar ger inga symtom och därför är de drabbade ovetandes om dem. Kvinnorna screenas eftersom cellförändringar i livmoderhalsen kan leda till cancer (Gullberg, 2011). Detta kan jämföras med det symtomlösa aortaaneurysmet.

Väntan på resultatet från cellprovet skapar ofta stor oro (Rindforth Gillgren, 2011; Kvinnokliniken, 2008). God information är av stor vikt för att motverka denna onödiga

oro hos kvinnan som ska genomgå screeningen (Landstinget Gävleborg, 2008).

Hälsorelaterad livskvalitet

Det blir allt mer vanligt att patientens livskvalitet står i fokus och är målet med behandlingen vårdgivarna ger. Inom forskningen används begreppet hälsorelaterad livskvalitet, HRQL (Health Related Quality of Life), som mer specifikt anknyter till människors funktion, välbefinnande och uppfattning av egen hälsa. På detta sätt begränsas begreppet HRQL till den påverkan som sjukdom och behandling har på livskvaliteten (Kristoffersen, 2005).

Enligt Statens kulturråd (1993) används ofta begreppet livskvalitet när olika metoder för att bota sjukdomar jämförs. Detta för att se om och hur patientens livskvalitet påverkas av de olika metoderna. I litteraturöversikten har artiklar som berör hur screening för AAA påverkar patientens livskvalitet analyserats, just för att ta reda på om metoden screening medför positiv, negativ eller ingen påverkan.

Livskvalitet och förutsättning för god livskvalitet bör skiljas åt. Trots att dålig hälsa kan bidra till att minska en persons livskvalitet, ska inte dålig hälsa omedelbart förknippas med dålig livskvalitet (Statens kulturråd, 1993). En patient med AAA har objektivt dålig hälsa p.g.a. en förstorad aorta men behöver inte uppleva dålig livskvalitet för det. Livskvalitet kan alltså ses som ett subjektivt begrepp som i grunden är en personlig upplevelse av hur individen uppfattar sitt liv och de händelser hon eller han råkar ut för.

Teoretisk referensram

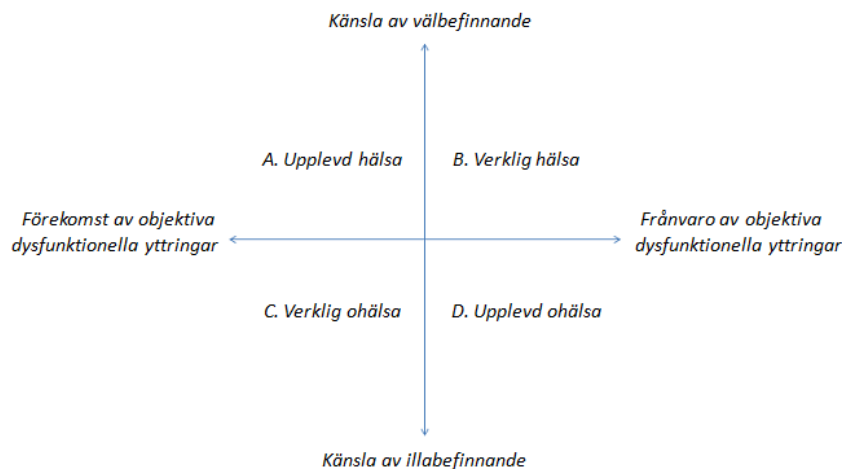
Hälsokorset

Den teoretiska referensramen grundar sig i Katie Erikssons teori kring hälsa. Denna teori valdes då den kan kopplas samman med det valda ämnet. I sin bok *Hälsans idé* (1989, s. 44) beskriver Eriksson hälsa som:

”Ett hos organismen integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom eller lyte.”

Denna definition passar bra in på AAA med tanke på att sjukdomen ofta är symtomlös och personerna som drabbats subjektivt kan känna sig friska.

I Erikssons (1989) hälsobegrepp står sundhet och friskhet för den objektiva dimensionen av hälsobegreppet, där sundhet står för den psykiska hälsan och friskhet för den fysiska hälsan. Välbefinnande står för den subjektiva dimensionen och är ett av individen upplevt tillstånd av välbehag. Detta hälsobegrepp visualiseras i hälsokorset där Eriksson (1989) beskriver hur en individ kan befinna sig i olika hälsopositioner.



Figur 1. Hälsokorset

I position A har individen objektiva tecken och symtom men känner sig ändå frisk. Individen har ofta vetskap om sin sjukdom men har accepterat situationen och kan därför uppleva välbefinnande ändå. I position B har individen inga objektiva tecken eller symtom samt har en känsla av välbefinnande. I position D har individen en känsla av sjukdom men uppvisar inga objektiva tecken eller symtom. Dessa individer söker sig ofta till sjukhus och vårdinrättningar och tas ofta för att vara simulanter, trots att deras känsla för illabefinnande för dem är helt verklig. I position C har individen både en upplevelse av sjukdom samt uppvisar objektiva tecken och symtom. Detta innebär kort sagt att en individ kan uppleva sig ha ohälsa trots att hon inte är sjuk samt tvärtom, att en person som är sjuk kan uppleva hälsa trots sin sjukdom.

Många patienter med AAA kan befinna sig i position A då de inte har symtom. De uppvisar alltså objektiva tecken men känner sig ändå friska. Det är dock lätt att flyttas mellan positionerna om till exempel den psykiska aspekten inte vårdas. Ökad oro/ångest för sin sjukdom kan ge dessa patienter en subjektiv känsla av sjukdom och de kan då förflyttas till position C, vilket innebär både objektiva tecken och en upplevelse av sjukdom.

Centrala begrepp

Lidande

Vårdandet och olika slag av vårdorganisationer har i ett historiskt perspektiv uppkommit för att lindra lidande hos människan. I många fall kan vården också skapa ett lidande för patienten. Genom upptäckt av ett AAA kan vården ge dessa personer en enbart objektivt synlig diagnos. Diagnosens allvarliga karaktär kan väcka tankar hos patienten och leda till lidande.

Katie Eriksson beskriver i sin bok "Den lidande människan" (Eriksson, 1994) tre olika sorters lidanden vi möter i vården. Det är vårdlidande, sjukdomslidande samt livslidande. Samtliga av dessa kan appliceras på en patient som drabbats av en AAA-diagnos och skall därför beskrivas närmre.

Sjukdomslidande är ett lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. Det kan ofta uttryckas fysiskt, t.ex. att behandlingen eller sjukdomen skapat fysisk smärta hos patienten vilket leder till ett lidande. Det är viktigt att som sjuksköterska lindra dessa fysiska symtom för att på så sätt minska patientens kroppsliga lidande (Eriksson, 1994).

Det själsliga och andliga lidande som sjukdom och behandling kan ge uppkomst till får inte heller glömmas bort. Själsligt och andligt lidandet kan uppkomma genom de eventuella känslor av förnedring, skam och skuld som en sjukdom eller behandling kan ge människan (Eriksson, 1994). Exempel på detta kan vara att en person som drabbats av AAA klandrar sig själv för att sjukdomen uppstått, t.ex. genom ett ohälsosamt leverne.

Vårdlidande är ett lidande som skapas i vårdrelationen. Lidandet kan till exempel uppstå vid bristande eller felaktig vård eller information. Florence Nightingale (1954 refererad i Eriksson, 1994) diskuterade vårdlidande redan 1954 då hon framhöll att lidande inte var ett symtom på sjukdom utan ett uttryck för otillräcklig vård.

Vårdlidande kan sammanfattas i fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Vårdlidande kan uppkomma om sjukvårdspersonalen inte tar hänsyn till samtliga dimensioner av en patient. Genom att bara fokusera på den fysiska aspekten och glömma bort behovet av psykisk och själslig vård har viss vård uteblivit. Detta kan förstärka oro och därmed skapa ett vårdlidande (Eriksson, 1994).

Livslidande kan uppkomma då en individ upplever stora förändringar p.g.a. att plötsligt få en sjukdom eller uppleva ohälsa. Att gå från frisk till sjuk kan rubba hela vardagen och det kan ibland upplevas som att det vanliga livet tas ifrån en. Ett lidande skapas för människan som innefattar hela dennes livssituation. Lidandet kan uppkomma av att människan på grund av den nya livssituationen fått anpassa och begränsa sitt liv, eller att hon fått uppleva ett hot mot hela sin existens (Eriksson, 1994).

Att drabbats av en allvarlig sjukdom och veta att man kan dö men inte när detta kommer ske, som vid AAA, är ett tydligt exempel på en situation som kan skapa ett livslidande (Eriksson, 1994).

Problemformulering

I och med screeningprogrammet och en utveckling av teknologin för att utreda sjukdomar upptäcks idag fler AAA än tidigare och många av de drabbade kommer aldrig att uppfylla kriterierna för att få genomgå en operation. Patienten kommer i många fall inte att dö av sitt AAA utan med det.

Många känner till någon som har ett AAA eller som dött till följd av sjukdomen och detta kan leda till ökad oro och rädsla för att drabbas. Då mortaliteten är hög vid ruptur och att denna kan komma helt oväntat har diagnosen i folkmun liknats med att ”gå runt med en tickande bomb inom sig”.

Då fler AAA upptäcks blir också patientgruppen större och chansen att möta dessa personer på olika instanser i vården ökar. Vårdpersonal måste ha kunskap om hur dessa

patienter upplever sin situation för att kunna erbjuda en god vård och ett bra bemötande oavsett var mötet äger rum.

Sjuksköterskan har ett omvårdnadsansvar och därmed en skyldighet att finna patienter som lider. För att kunna lindra lidande måste den underliggande orsaken till detta först upptäckas. Eftersom screeningprogrammet för AAA är relativt nytt finns det inte så mycket kunskap om detta område till skillnad från sjukdomar som screenats under en längre tid.

SYFTE

Att belysa patienters upplevelse av att få diagnosen abdominellt aortaaneurysm (AAA) samt om och hur den påverkar deras hälsa och livskvalitet.

METOD

En litteraturöversikt kartlägger kunskapsläget inom ett visst område. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar används och det görs en bred sökning av vetenskapliga artiklar och en lika bred analys och sammanställning. Detta gör att kunskapsläget inom det valda området kan fastställas. En litteraturöversikt ger svar på hur det praktiska vårdarbetet kan påverkas på olika sätt och ger också kunskap om vilka områden som tidigare inte blivit utforskade (Friberg F, 2010).

LITTERATURSÖKNING

Vetenskapliga artiklar söktes i sökmotorerna Pubmed och Cinahl. Olika sökningar i de båda sökmotorerna ledde ofta fram till samma artiklar. Google.se användes för att hitta annan information som kunde vara till nytta, t.ex. rapporter från olika myndigheter och organisationer.

Genom att använda sig av sökord såsom *abdominal aortic aneurysm*, *aortic aneurysm*, *AAA*, *quality of life*, *qol*, *screening*, *nursing*, *patients emotions*, *mass screening*, *surveillance*, *life impact*, *effects on life* samt *experience* försökte författarna dels limitera antalet träffar och dels få fram artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte. För en tydligare beskrivning av sökorden och hur de kombinerades se bilaga 1.

Till en början anlades ett helikopterperspektiv, d.v.s. en bred sökning gjordes för att se vad som fanns tillgängligt inom området (Friberg F, 2010). Författarna ville koncentrera sig på patientens upplevelse av att få diagnosen AAA samt att leva med sjukdomen. Författarna försökte komma fram till ord som skulle kunna leda till artiklar som stämde överens med syftet.

För att använda korrekta medicinska termer på engelska slogs dessa upp i Svensk MeSH (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm). Olika kombinationer av sökord provades men det visade sig att de flesta ledde fram till samma artiklar.

Det framkom vid sökningen att en stor del av forskningen som fanns på området undersökte kostnadseffektivitet vid screening samt om öppen kirurgi eller EVAR var att föredra. Dessa artiklar exkluderades då de inte hade något med patientens upplevelse att göra.

De flesta artiklar som kom fram i sökningen var publicerade under 2000-talet och därför

exkluderades studier gjorda dessförinnan. Detta för att författarna ville analysera den senaste forskningen. Vissa studier blev till en början inkluderade men under vidare läsning exkluderades de på grund av att de inte stämde överens med syftet.

Inklusionskriterier var således att artikeln undersökte patientens upplevelse och livskvalitet i samband med AAA, publicerades under 2000-talet, blivit granskad innan publicering samt hade god evidenskraft.

Då författarna efter första urvalet ville se om det fanns fler artiklar inom området gjordes en sekundärsökning genom att söka artiklar som fanns i referenslistorna i de artiklar som redan hittats. På detta sätt inkluderades en artikel, se bilaga 1. I första sökningen hittade författarna flest kvantitativa artiklar. Då fler kvalitativa artiklar önskades lades sökordet ”*interviews*” till i sökningen.

Artiklarnas evidenskraft granskades med hjälp av 10 frågor (bilaga 2) som beskrevs i Fribergs (2010) bok. Frågorna kunde besvaras med ett ”ja” som gav 1 poäng eller ett ”nej” som gav 0 poäng. Maxpoäng var således 10 och ju högre poäng desto högre evidenskraft. Författarnas 10 utvalda artiklar hamnade alla i ett spann mellan 6,5-10 poäng. Dessutom kontrollerade författarna hur många gånger varje inkluderad artikel blivit citerad genom att söka i Scopus, se bilaga 3.

DATAANALYS

1. Artiklarna delades upp mellan författarna och lästes flera gånger för att få en känsla av vad de handlade om (Friberg, 2010).
2. Artiklarnas kvalitetsnivå granskades med hjälp av 10 frågor (Friberg, 2010), se bilaga 2.
3. De artiklar som hade god kvalitetsnivå analyserades ytterligare genom att hitta teman i resultatdelen.
4. Författarna bytte artiklar med varandra och gjorde om proceduren för att se om de kom fram till samma evidenskraft och teman.
5. Alla teman som hittades skrevs ner och författarna sökte därefter efter likheter och skillnader mellan dem för att kunna sortera in dem under rubrikerna i resultatdelen. Då både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes togs teman fram på olika sätt. I de kvalitativa artiklarna hade författaren redan gjort egna teman. Artiklarna granskades då för att se om litteraturoversiktens författare kom fram till samma teman som artikelns författare samt om det fanns resultat vilka kunde leda till ytterligare teman som passade ihop med syftet. I de kvantitativa artiklarna fick författarna själva utläsa teman ur artikelförfattarnas resultat i relation till litteraturoversiktens syfte, t.ex. om de män som screenades hade högre/lägre eller ingen skillnad alls i självskattad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen.
6. Författarnas teman sorterades in under rubrikerna ”Patientens positiva upplevelse av AAA-besked”, ”Patientens negativa upplevelse av AAA-besked”, ”Patientens positiva upplevelse av att leva med AAA” samt ”Patientens negativa upplevelse av att leva med AAA”. Samtidigt som författarna skrev resultatet gick de tillbaka till artiklarna för att minska risken att teman av misstag fått en annan innebörd när de tagits ur sitt sammanhang under sorteringen.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

World Medical Association (1964) skriver i Helsingforsdeklarationen att all medicinsk forskning som utförs på människor skall vara undersökt och godkänd av en etisk kommitté innan studien påbörjas. Det skall alltid vara frivilligt att delta i en studie.

Även om den etiska faktorn inte var en av författarnas granskningsfrågor försökte de tänka på etiken i de artiklar som valdes ut och granskades. Nio av tio artiklar var godkända av olika etiska kommittéer. Den sista artikeln (Lindholt, Vammen, Fasting & Henneberg, 2000) nämnde inte något etiskt godkännande men deltagarna hade haft möjlighet att tacka nej till att vara med.

RESULTAT

PATIENTENS POSITIVA UPPLEVELSE AV AAA-BESKED

Wanhainen, Rosén, Rutegård, Bergqvist och Björck (2004) fann att de patienter som inte hade sänkt livskvalitet före screening inte heller fick sänkt livskvalitet efter undersökningen trots att ett AAA upptäcktes. På AAA-specifika frågor svarade de allra flesta patienter att de var glada att de fått vetskap om sitt AAA. Samtliga patienter var nöjda med informationen de fått av läkaren och kände ingen rädsla eller oro angående sitt AAA. Endast två av patienterna kände sig tvungna att ge upp aktiviteter på grund av sitt AAA.

Lindholt et al. (2000) studie visar att den psykologiska stressen var lägre en månad efter screening än före i den stora gruppen, d.v.s. både män med normal aorta och där aneurysm påvisades.

Att genom screeningen få besked om AAA var enligt Berterö, Carlsson och Lundgren (2010) inget patienterna förväntat sig då de inte trodde att de hade ett aneurysm. Dock var diagnosen hanterbar för patienterna eftersom de visste att de skulle få återkommande kontroller samt att de skulle få hjälp och behandling vid behov. ”Jag är nöjd, jag är under uppsikt.” Vid screeningen upptäcktes även riskfaktorer som kan påverka aortan såsom högt blodtryck, kostvanor som ger höga kolesterolvärden samt rökning. Patienterna upplevde detta som positivt och som en säkerhet då även riskfaktorerna blev belysta och behandlade.

Patienter som led av flera sjukdomar samtidigt tyckte inte att upptäckten av AAA gjorde någon skillnad för deras livskvalitet (Brännström et al. 2009).

Patienter fick ett nytt perspektiv på livet och började värdera saker högre efter upptäckten av aneurysmet. De kände att de fått en andra chans och beviljats nytt liv, vilket ledde till att de såg annorlunda på livet och att de inte kunde ta saker för givet längre. Tankar väcktes kring hur skört livet är och att döden kan vara närmre än man tror. Patienterna var tacksamma och kände sig räddade av att aneurysmet upptäckts. Att få diagnosen samt efterföljande behandling gjorde att deltagarna upplevde att de före diagnos inte hade värdesatt sin hälsa lika högt som de gjorde efteråt (Pettersson och Bergbom, 2010).

PATIENTENS NEGATIVA UPPLEVELSE AV AAA-BESKED

Marteaus, Kims, Uptons, Thompsons och Scotts (2004) studie visade att de män som ett AAA upptäcktes hos hade skattat sin hälsa lägre före screeningen än de män som hade en normal aorta. Wanhainen et al. (2004) fann att patienter som före screening hade uppmätt låg livskvalitet hade en förhöjd risk att drabbas av negativa psykiska påföljder om ett AAA upptäcktes.

Pettersson och Bergbom (2010) intervjuade patienter vars aneurysm upptäcktes vid annan undersökning än screening. Dessa patienter upplevde att allt skedde väldigt fort när diagnosen väl ställts. De fick brev och kallelser om vartannat som ledde till att de hade svårt att hinna med att förstå och greppa situationen. Patienterna fick ett slags mental blockad och hade svårt att förstå allvaret då de inte hade några symtom samt kände sig hjälplösa då de inte kunde göra något åt situationen själva. Att inte ha några symtom trots en dödlig sjukdom var för vissa patienter svårt att begripa, det kändes som att kroppen svikit dem på något vis.

PATIENTENS POSITIVA UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED AAA

Män som var ovetandes av sitt AAA skattade sin hälsa något lägre före screening än män som visade sig ha normal aorta. 12 månader efter screening framkom det att deras livskvalitet hade förblivit oförändrad eller förbättrats. Detta resultat gällde både män med förstorad aorta och män med normal aorta. Män med AAA besökte läkare mer sällan än normalbefolkningen. De skattade sin hälsa och välmående avseende kroppslig smärta, mental hälsa samt social- och känslomässig funktion något högre än män med normal aorta (Spencer, Norman, Jamrozik, Tuohy & Lawrence-Brown, 2004).

Hallin, Bergqvist, Fugl-Meyer och Holmberg (2002) kom fram till liknande resultat. De fann att män och kvinnor med AAA skattade sin livskvalitet avseende smärta och känslomässig roll högre än normalbefolkningen. I andra områden av livskvalitet som undersöktes sågs ingen skillnad mellan AAA-patient och normalbefolkning.

I flera av studierna (Berterö et al. 2010; Brännström et al. 2009) visar det sig att AAA-patienterna kände sig trygga eftersom de nu var under uppsikt av vårdgivaren. Patienterna hade stor tilltro till sjukvården, att en eventuell försämring skulle upptäckas vid återkommande kontroller samt att de då skulle få den hjälp och behandling de behövde. Flera patienter uppgav att de kände trygghet då de nu var ”i systemet”. Berterö et al. (2010) fick i sin studie fram att diagnosen AAA var hanterbar så länge aneurysmet inte expanderade.

Patienterna i Brännströms et al. (2009) studie led alla av flera sjukdomar, bland annat kronisk smärta. Patienterna jämförde sitt symtomlösa AAA med sina övriga sjukdomar, vilka oroade och påverkade dem mer än vad AAA gjorde. De uppgav att det var värre att leva med sjukdomar som gav symtom än att leva med AAA. AAA överskuggades således av symtomgivande sjukdomar och upplevdes som en ”droppe i havet”. Patienterna såg på AAA som ett botbart tillstånd till skillnad mot sina andra sjukdomar.

Patienterna var medvetna om att aneurysmet kunde växa sig större och utgöra ett hot mot livet. Trots det kände de sig trygga då de hade fått bra och lättförstådd information. De hade förtroende för screening, uppföljning och eventuell behandling. Genom att etablera en god relation fick de tillit till sin läkare och detta ledde i flera fall till att

patienten överlät beslutsfattandet till läkaren. Patienterna kände till personer i sin omgivning som genomgått framgångsrik behandling av AAA vilket upplevdes betryggande (Brännström et al. 2009).

Lindholt et al. (2000) fann att den självskattade livskvaliteten var reversibel efter operation, det vill säga att den återgick till ursprungsvärdet.

PATIENTENS NEGATIVA UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED AAA

Patienter med AAA som fått diagnosen men väntade på eventuell behandling uttryckte i flera studier oro över sin situation på olika sätt.

Lindholt et al. (2000) fann att män med diagnostiserad AAA som behandlades konservativt skattade sin livskvalitet lägre än kontrollgruppen, främst på grund av sämre hälsouppfattning och psykosomatisk oro. Den lägre skattningen kvarstod under hela perioden av konservativ behandling. I Hallins et al. (2002) studie hade patienter med obehandlad AAA skattat sin tillfredsställelse lägre än normalbefolkningen gällande livet som helhet, sexualliv och fysisk hälsa. Områdena oro/ångest och oro för familjen var det som påverkade patienterna mest. I de öppna frågor som ställdes för att få substans till mätinstrumenten framkom det att oro/ångest var viktigast för AAA-patienten. I samma studie uttryckte patienterna oro inför framtida komplikationer.

Männen i Berterös et al. (2010) studie fortsatte att leva sina liv som vanligt men då och då uppstod situationer som ledde till oro och tankar kring aneurysmet och eventuella komplikationer. De funderade på om aortan skulle expandera och om det skulle vara för sent att göra något om symtom eller ruptur från aortan uppstod. Visade det sig att aneurysmet expanderat uppkom obehagliga känslor eftersom patienterna inte hade förväntat sig ett negativt resultat. Ett expanderat aneurysm gjorde patienterna besvikna och oroliga, en man blev så orolig att han inte vågade vänta till nästa kontroll utan bokade in ett tidigare återbesök än vad som var planerat. Patienterna funderade på vad som skulle hända om aneurysmet hade expanderat ytterligare vid nästa kontroll, oro över eventuell operation uttrycktes. Patienterna förändrade inte sitt sätt att leva men hade en känsla av att vara begränsade i sitt dagliga liv. Detta på grund av att tätare kontroller tog mycket av deras tid, samt av oro för att utföra aktiviteter som kunde ses som farliga och eventuellt utlösa ruptur. Aktiviteterna utfördes istället mer varsamt.

Flera andra studier (Hallin et al. 2002; Spencer et al. 2004) finner också att patienterna på grund av oro för eventuella komplikationer begränsas i sin fysiska aktivitet. I Bermans, Currys, Gusbergs, Dardiks och Fraenkels (2008) studie framkom att patienter ofta missuppfattar vad som kan orsaka ruptur. En patient trodde att hennes dagliga aktiviteter kunde vara riskabla. Hon var rädd att om hon stötte emot något skulle aortan brista och hon skulle förblöda. Författarna kom fram till att de patienter som led av en stor rädsla att deras AAA skulle brista var väldigt inställda på att få operationen överstökad. Detta gjorde att de riskerade att brista i förståelsen för de faror operationen kan innebära.

Några män i Berterös et al. (2010) studie tyckte på grund av oro för framtida komplikationer att det kändes som de var tvungna att välja mellan pest eller kolera. Att riskera ruptur eller att genomgå operation och riskerna den medför. De uttryckte att det i vissa situationer hade varit bättre att inte veta om sitt aneurysm eftersom ”det du inte vet

skadar dig inte”. En patient i Bermans et al. (2008) studie tyckte att det var ett större problem och mer riskabelt att behöva gå runt med ett aneurysm som skulle kunna brista än riskerna med operation.

Ett av de tre teman Pettersson och Bergbom (2010) kom fram till var känslan av att leva på lånad tid. När patienterna fick möjlighet att följa tillväxten av sin aorta började de fundera på döden och vad som skulle kunna hända om den rupturerade. Att vänta på behandling jämfördes med att vänta på en dödsdom enligt några av patienterna. Vetskapen om att ha ett AAA ledde till att alla fysiska symtom blev oroande och gjorde det svårt att veta vilka tecken och symtom som egentligen var farliga.

Liknande upplevelser kom fram i Letterstål et al. (2010) studie. Alla patienter visste att det fanns en risk att dö om aneurysmet skulle rupturera. Kunskapen om hur allvarlig situationen var skapade oro och påverkade det dagliga livet. Patienterna kände sig begränsade gällande resor, att alltid behöva vara nåbar via telefon och att inte kunna utföra tunga lyft. En patient vågade inte åka iväg på semester under den tid han levde med ett obehandlat AAA av rädsla för att inte vara nära sjukhus. Detta sammanfattas i artikeln under temat ”Leva med ett dödligt hot i väntan på operation”.

Patienter kände sig tvungna att genomgå operation eftersom de blev skräckslagna då de fick vetskap om sin diagnos och de risker den innebär. De såg operation som sitt enda val och chans för att överleva. En man sa ”Det fanns inte något annat val än att opereras. Det var antingen det eller att varje dag leva med vetskapen att man kan dö vilken sekund som helst, och så kan man inte leva.” (Berman et al. 2008; Letterstål et al. 2010; Petterson & Bergbom. 2010). Då patienter fick reda på att deras AAA var i behov av operation upplevde de också att de inte hade några alternativ. De kände att operationen var ett nödvändigt ont men ändå ett måste (Petterson & Bergbom. 2010).

När aortaaneurysmet diameter motsvarade kriterierna för operation framkommer det att det finns brister inom hur väl informerade och delaktiga patienterna varit i beslutsfattandet samt behandlingen (Berman et al. 2008; Letterstål et al. 2010).

Patienterna uppvisade en bristande förståelse av riskerna med behandlingen. Trots att både skriftlig och muntlig information gavs före operationen upplevde flera patienter i efterhand att de inte varit mottagliga för den. De ifrågasatte sin förmåga att ta in information vid den tidpunkten (Letterstål et al. 2010).

Många patienter ansåg att de hade fått för lite information innan beslutsfattandet. Andra patienter var tillfredställda med den pre-operativa informationen men vid djupare undersökning visade även de en oförståelse för operationens risker. På grund av bristande information pre-operativt överlät många patienter beslutsfattandet på läkaren. Vissa patienter uttryckte att de inte visste vad de skulle fråga och en patient önskade i efterhand att han hade ställt fler frågor till läkaren (Berman et al. 2008).

Resultatet presenteras i en översiktstabell i bilaga 4.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna har valt att göra en litteraturoversikt för att få en samlad bild av det nuvarande kunskapsläget kring patienters upplevelse av att få diagnosen AAA samt hur och om den påverkar patientens hälsa och livskvalitet.

Från början ville författarna granska kvalitativa artiklar då det genom intervjuer ges en djupare bild av deltagarnas subjektiva upplevelse av att leva med AAA. Istället valdes litteraturoversikt som modell då det vid den inledande artikelsökningen visade att det inte fanns så många publicerade artiklar som stämde överens med syftet och problemformuleringen. För att få en tillräcklig inblick och översikt av den befintliga forskningen granskades med andra ord både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

Urval

Många artiklar har exkluderats då de handlat om upplevelsen efter operation. Titlar som innehöll "repair" exkluderades i princip direkt men några artiklar som gav sken av att undersöka patientens upplevelse även före operation inkluderades trots detta. T.ex. artikeln "Patients experience of open repair of abdominal aortic aneurysm – preoperative information, hospital care and recovery". Detta kan ha haft en negativ inverkan på resultatet då vissa relevanta artiklar kan ha förbigåtts på grund av dess titel.

I litteraturoversikten ingår fem kvantitativa och fem kvalitativa artiklar. De kvalitativa artiklarna svarar bra på författarnas syfte och ger en djupare bild av patientens upplevelse. En av artiklarna (Brännström et al. 2009) hade endast tre deltagare, dock stärktes vissa resultat av andra artiklar. Enligt Friberg (2006) är målet med en kvalitativ ansats att öka förståelsen inom ett fenomen, t.ex. att ta reda på deltagarnas subjektiva upplevelse. Därför anser författarna att mängden deltagare torde spela mindre roll.

Enligt Friberg (2006) har en enskild kvalitativ studie ett eget kunskapsvärde som stärks ju fler studier som presenterar liknande resultat. Artiklar med en kvantitativ ansats inkluderades eftersom de studerade skillnader mellan patienternas livskvalitet före, under och efter screening, diagnosbesked samt behandling. Dessutom skulle underlaget för denna litteraturoversikt blivit oerhört tunt och relevant forskning skulle kunna gått om intet om endast de fem inkluderade kvalitativa studierna använts.

En av artiklarna (Hallin et al. 2002) studerade livskvaliteten hos patienter som led av olika kärlsjukdomar. Patienterna delades då in i fyra grupper utifrån sin diagnos. De patientgrupper som fick liknande resultat parades ihop vilket kan ge svårighet till tolkning av resultatet. Dock presenterades även resultat för enbart AAA-gruppen och därför inkluderades artikeln.

Sju av tio inkluderade artiklar är från Sverige. Det kan medföra att resultatet enbart speglar den svenska befolkningen och därmed inte blir applicerbart på omvärlden. Resultatet av litteratursökningen indikerar dock att den mesta forskningen är gjord i Sverige. Sverige är dessutom ett av de få länder i världen som redan har beslutat om samt infört ett nationellt screeningprogram för AAA. Detta kan förklara varför majoriteten av artiklarna författarna inkluderat kommer från Sverige.

Forskning kring AAA i andra länder handlar framförallt om AAA-screeningens kostnadseffektivitet eller vilken av de två olika operationerna (OR eller EVAR) som är att föredra. En artikel från USA (Berman et al. 2008), en från Australien (Spencer et al. 2004) samt en från Storbritannien (Marteu et al. 2004) svarade på litteraturöversiktens syfte och inkluderades därför.

Genus

Fem av de tio inkluderade artiklarna har undersökt enbart män. De övriga fem artiklarna har undersökt både kvinnor och män, dock är det väldigt få av deltagarna som är kvinnor. Ingen av de valda artiklarna har undersökt enbart kvinnor. I många artiklar förklarar författarna sitt urval med att inte lika många kvinnor som män drabbas.

Flera artiklar har gjort sitt urval från befintliga screening-register och därför har inte kvinnor inkluderats då de inte screenas för AAA. I fyra av fem artiklar som inkluderar kvinnor valdes deltagarna ut i samband med operation och endast en studie (Wanhainen et al. 2004) bjöd in kvinnor till screening. Detta leder givetvis till att kvinnors upplevelse inte tar lika stor plats i denna litteraturöversikt som männens.

Sökord

Genom hela sökprocessen har författarna själva försökt finna relevanta sökord och översatt dessa i Svensk MeSH (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm) för att få korrekta vetenskapliga söktermer. Därefter har flera söktermer kombinerats för att begränsa antalet träffar. Nya söktermer har framkommit efter hand vid läsning av abstract samt nyckelord. Då samma artiklar hittats vid flera olika sökningar med olika söktermer samt i referenslistor upplever författarna att de inkluderade artiklarna omfattar den aktuella forskningen på området.

Analys

Engelska är inte författarnas modersmål och därför kan texten ha feltolkats. För att undvika detta har båda författarna läst och översatt samtliga inkluderade artiklar.

Författarna skrev i en tabell ner teman som framkom ur artiklarnas resultat och sökte efter likheter och skillnader. Detta förfarande kan innebära en risk för feltolkning. Därför gick författarna vid resultatskrivningen tillbaka till artiklarna för att minska risken att teman av misstag fått en annan innebörd när de tagits ur sitt sammanhang.

RESULTATDISKUSSION

Syftet var att belysa patienters upplevelse av att få diagnosen AAA samt om och hur den påverkar deras hälsa och livskvalitet. Författarna anser att syftet är uppnått då resultatet beskriver patienters upplevelse av besked och hur det är att leva med diagnosen AAA. Det finns väldigt lite forskning på området och därför kunde inte denna litteraturöversikt studera fler artiklar. Således har litteraturöversikten på ett bra sätt täckt aktuell forskning som svarar på syftet.

Hälsorelaterad livskvalitet

Låg livskvalitet före screening ökade risken för att patienten också skattade sin livskvalitet lågt efteråt (Wanhainen et al. 2004). Detta kan bero på att en patient som redan mår dåligt kan ha svårt att hantera vetskapen om att de drabbats av en ny sjukdom som de inte känt symtom ifrån. De som inte skattade sin livskvalitet lågt före screening

skattade den inte heller lågt efteråt, oberoende om de fick diagnosen AAA eller inte (Wanhainen et al. 2004).

Diagnosen skapade oro vilket ledde till att patienterna skattade sin livskvalitet och tillfredsställelse med livet i helhet som lägre (Hallin et al. 2002; Lindholt et al. 2000). Med denna vetskap skulle sjukvårdspersonal i många fall redan i förväg kunna identifiera de patienter som riskerar att få sämre livskvalitet vid positivt AAA-besked. Dessa patienter kan kanske vara i behov av längre samtal och tätare uppföljning. Denna aspekt behöver beaktas i vidare utveckling av AAA-screeningprogram och utformning av riktlinjer.

De patienter som led av kroniska sjukdomar innan de fick diagnosen AAA skattade sin livskvalitet lågt både före och efter screeningen. Aneurysmet var som en ”droppe i havet” för dem (Brännström et al. 2009). I dessa fall var det kanske inte screeningen som ledde till en lägre livskvalitet utan patienternas liv i helhet. Deras andra sjukdomar gav påtagliga symtom och överskuggade det symtomlösa aneurysmet.

Glömmer vårdpersonalen att fråga patienten om hans eller hennes AAA påverkar honom eller henne negativt när andra sjukdomar tar stor plats? Finns det en risk att den psykiska aspekten glöms bort vid samtal kring besvär, symtom och obehag, till förmån för mer fysiska besvär som t.ex. smärta?

Patienterna kände sig trygga när de kommit in i ”systemet” då sjukvården hade dem under uppsikt (Berterö et al. 2010; Brännström et al. 2009). En förutsättning för att känna trygghet var att patienten hade tilltro till sjukvården och en god relation till vårdgivarna.

Många av patienterna kände tacksamhet över att aneurysmet upptäcktes (Pettersson & Bergbom, 2010; Wanhainen et al. 2004). Kanske blev de lättade över att en möjligt livshotande sjukdom som kanske hade bragt dem om livet nu var under kontroll. En vanlig beskrivning i folkmun är att AAA är som att gå runt med en tickande bomb inom sig. Denna beskrivning tillsammans med att många känner personer som plötsligt dött av AAA kan vara en anledning till att flera patienter ser diagnosens upptäckt som positiv. I och med upptäckten ges en möjlighet att göra något åt deras AAA i tid.

Det har framkommit att livskvaliteten är reversibel vid operation (Lindholt et al. 2000). Det vill säga att patienter som genomgick operation skattade sin livskvalitet högre efter denna jämfört med före.

En del patienter kände det som att de fick chans till ett nytt liv, att de blivit välsignade och räddade samt att de inte uppskattat sin hälsa lika mycket som de gjorde efteråt (Pettersson & Bergbom, 2010). Då ett livshotande tillstånd uppenbarar sig kanske människan ifrågasätter sitt liv och sin existens. Hon blir medveten om att döden finns närmre än hon tror och att livet är skört. När hon sedan blir räddad och botad ser hon på livet ur en ny synvinkel.

De flesta studier hade frågat patienterna hur de upplevde beskedet en tid efter diagnosen eller efter operation. Detta kan innebära att deltagarna omvärderat sin upplevelse och inte kommer ihåg exakt hur det kändes när de fick beskedet. Att känna sig tacksam och

räddad efter genomförd operation kan leda till att den initiala känslan vid upptäckten av AAA glöms bort. Det hade kanske framkommit andra resultat om deltagarna tillfrågats i direkt anslutning till beskedet.

Lidande

Flera artiklar genomsyrades av lidande i form av oro och ångest hos patienterna. Då sjukdomen i de flesta fall är symtomfri skapas inget direkt sjukdomslidande i enlighet med Erikssons (1994) definition. Patienten upplever ingen subjektiv sjukdomskänsla utan ses som sjuk rent objektivt.

Utifrån forskningen kan vi se att diagnosen skapar ett livslidande då patienten plötsligt drabbas av en potentiellt livshotande sjukdom som tvingar in honom eller henne i en patientroll. Att ge patienter en diagnos som de i många fall inte skulle påverkats av och som dessutom inte alltid behandlas kan skapa ett onödigt vårdlidande och bör bemötas med stort allvar av sjukvården.

Att behöva genomgå upprepade undersökningar för att finna fortsatt växt av aneurysmet och vänta på att bli behandlad skapade oro och funderingar kring sjukdomen och eventuella komplikationer (Letterstål et al. 2010; Pettersson & Bergbom, 2010). Detta visar att diagnosen, konservativ behandling och väntan på operation skapar ett vårdlidande för patienten.

I Berterös et al. (2010) studie blev patienterna besvikna och ledsna när det visade sig att deras AAA expanderat från en undersökning till en annan. Hade inte aneurysmet expanderat upplevdes detta dock hanterbart. Hur kan vårdpersonalen bemöta patientens oro, frågor och tankar? Kanske genom att ta gott om tid till samtal och göra sig tillgänglig genom att visa lyhördhet och intresse. Kan olika sätt att ge besked om att patientens AAA expanderat göra skillnad?

Brännström et al. (2009) skriver att även om patienterna var medvetna om allvaret i situationen verkade de ha positiva åsikter om den givna vården. Detta talar för att det är viktigt hur svaret på screeningen och diagnosen AAA ges för att motverka onödigt lidande.

Ett genomgående tema i forskningen som granskats är att patienter som behandlas konservativt led av oro, ångest och försämrad livskvalitet. De väntade på att operation skulle genomföras och oroade sig under tiden för att aneurysmet skulle brista (Berterö et al. 2010; Hallin et al. 2002; Lindholt et al. 2000). Många patienter begränsades i sin fysiska aktivitet då de trodde att dessa kunde innebära risk för ruptur (Hallin et al. 2002; Spencer et al. 2004).

Vissa patienter beskrev det som att leva under dödshot och rädsla. Andra patienter uppgav att de inte vågade åka på semester eftersom de ville vara nära sjukhus om aneurysmet skulle brista. Vissa ville alltid vara nära en telefon och tankarna på ruptur fanns alltid i bakhuvudet (Letterstål et al. 2010). Detta kan ses som ett stort lidande för patienten då sjukdomen begränsar deras liv och vardag.

Oron för komplikationer gjorde att många patienter såg operation som sitt enda val för att fortsätta leva och ville bara få operationen överstökad (Berman et al. 2008; Letterstål

et al. 2010; Pettersson & Bergbom, 2010). Detta ledde i många fall till att patienterna inte övervägde de risker som operationen innebar och en del kunde inte ta till sig informationen som vårdpersonalen gav (Berman et al. 2008; Letterstål et al. 2010).

Även om patienterna kände till riskerna med operation verkar det som att de ändå inte tyckte sig ha något val. Denna rädsla kan ställa till problem då vårdpersonal och patient inte är samstämmiga vad gäller planerad behandling. En orolig och rädd patient som upplever ett dödshot kan ha mycket svårt att acceptera konservativ behandling. God information om varför aneurysmet inte skall opereras direkt är enormt viktigt i en sådan situation. Informationen bör utgå från patientens kunskapsläge och förståelse. Därför måste vårdpersonalen först ta reda på vad patienten vet, tror samt vad dennes oro bottnar i.

Hälsokorset

Erikssons (1989) hälsokors passar bra in på AAA med tanke på att sjukdomen ofta är symtomlös. Patienterna är objektivt sjuka men kan trots det uppleva en subjektiv känsla av hälsa. De befinner sig då i position A eftersom de inte upplever några symtom. Det är dock lätt att flyttas mellan positionerna.

Detta kan t.ex. ske om den psykiska aspekten inte vårdas. I författarnas resultat har det framkommit att diagnosen kan leda till ökad oro och ångest och därmed en subjektiv känsla av sjukdom. Patienterna kan då förflyttas till position C, vilket innebär både objektiva tecken och en upplevelse av sjukdom. Många patienter kände trygghet i och med att deras AAA upptäcktes (Pettersson & Bergbom, 2010) men var medvetna om att de led av en allvarlig sjukdom.

Trots en vetskap om sin diagnos kan patienten genom att acceptera sin situation uppleva välbefinnande ändå, och kan då befinna sig i position A.

Slutsats och klinisk implementering

Författarna har i sitt resultat hittat fler positiva än negativa upplevelser av att få besked om sitt AAA. Detta kan dock bero på att det inte fanns särskilt mycket forskning som studerade hur beskedet påverkade patienten samt att deltagarna beskrev sin upplevelse en tid senare, i många fall efter operation. Författarna fann istället mer forskning kring hur det var att leva med obehandlad AAA men anser att de upplevelserna inte är helt sammankopplade med själva beskedet.

Att leva med obehandlad AAA verkar övervägas av negativa upplevelser men det finns också positiva upplevelser. Att få aneurysmet behandlat verkar vara det som gör att patienten återfår sin ursprungliga livskvalitet. Lidandet verkar vara större under tiden för konservativ behandling än vid livet efter operation.

Litteraturöversiktens resultat belyser hur viktigt det är att vårdpersonalen har ett humanistiskt synsätt och tar hänsyn till både den fysiska, psykiska och själsliga dimensionen. Vårdpersonalen bör ta reda på hur patienten upplever sin situation och hur sjukdomen påverkar det dagliga livet, hälsan och livskvaliteten.

Informationen som patienten får har stor påverkan på hur sjukdomen kommer att upplevas. Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient är därför mycket viktig då

den beroende på innehåll kan minska eller i värsta fall öka oron och därmed skapa ett lidande samt påverka patientens livskvalitet.

Vårdpersonalen ska ta reda på vad patienten vet, förstår, förväntar sig och undrar för att kunna skapa ett bra samtal. Patienten bör få samtala om risker, framtiden och de olika alternativ som finns. Det ska finnas en möjlighet att koppla in olika professioner i patientvården, t.ex. kurator, psykolog eller diakon om patienten vill och behöver det.

Framtida forskning

I arbetet med denna litteraturöversikt har författarna upplevt brister inom den aktuella forskningen. Mer forskning angående patientens upplevelse och påverkan av AAA-screening och diagnos behövs. På vilket sätt patienten blir delgiven sin diagnos och hur det påverkar honom eller henne kan också vara intressant att forska vidare kring. Det skulle också vara intressant att veta hur kvinnor upplever att få diagnosen AAA. Det kan även finnas behov av mer kunskap kring vad vårdpersonal mer konkret kan göra för att lindra patientens lidande under konservativ behandling samt tiden före operation.

REFERENSER

Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). *Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: Clinician Fact Sheet*. Hämtad 2 december, 2011, från Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/>

Ashton, HA. Buxton, MJ. Day, NE. Kim, LG. Marteau, TM. Scott, RA. Thompson, SG. & Walker, NM. (2002). The multicentre aneurysm screening study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet*, 360(9345), 1531-1539. doi:10.1016/S0140-6736(02)11522-4

Berman, L. Curry, L. Gusberg, R. Dardik, A. & Fraenkel, L. (2008). Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: The patient's perspective. *Journal of Vascular Surgery*, 48(2), 296-302. doi:10.1016/j.jvs.2008.03.037

Berterö, C. Carlsson, P. & Lundgren, F. (2010). Screening for abdominal aortic aneurysm, a one-year follow up: an interview study. *Journal of Vascular Nursing*, 28(3), 97-101. doi:10.1016/j.jvn.2010.04.001

Brännström, M. Björck, M. Strandberg, G. & Wanhainen, A. (2009). Patients' experiences of being informed about having an abdominal aortic aneurysm: a follow-up case study five years after screening. *Journal of Vascular Nursing*, 27(3), 70-74. doi:10.1016/j.jvn.2009.04.001

Cancerfonden. (2009). *Mammografi*. Hämtad 12 december, 2011, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Forebygga-och-risker/Tidig-upptackt/Mammografi/>

Cosford, PA. Leng, GC. & Thomas, J. (2007). Screening for abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi:10.1002/14651858.CD002945.pub2

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Gullberg, A. (2011). *Cellförändringar i livmoderhalsen*. Hämtad 14 december, 2011, från Vårdguiden Stockholms Läns Landsting, www.vardguiden.se

Gøtzsche, PC. Hartling, OJ. Nielsen, M. & Brodersen, J. (2008). *Screening för bröstcancer med mammografi*. [Broschyr]. Hämtad 14 december, 2011, från The Nordic Cochrane Centre, <http://www.cochrane.dk/>

Hallin, A. Bergqvist, D. Fugl-Meyer, K. & Holmberg, L. (2002). Areas of concern, quality of life and life satisfaction in patients with peripheral vascular disease. *European Journal of vascular and Endovascular Surgery*, 24(3), 255-263. doi:10.1053/ejvs.2002.1647

Hannawa, K. Eliason, J. & Upchurch, G. (2009). Gender differences in abdominal aortic aneurysms. *Vascular*, 17(Suppl 1), 30–39. doi: 10.2310/6670.2008.00092

Healthcare Improvement Scotland. (2011). *Abdominal Aortic Aneurysm (AAA): screening programme*. Hämtad 2 december, 2011, från Healthcare Improvement Scotland, <http://www.healthcareimprovementscotland.org/home.aspx>

Hjärt-Lungfonden, Svenska nationalföreningen mot hjärt-lungsjukdomar (2011). *Aortaaneurysm: en temaskrift om pulsåderbräck*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden.

International Council of Nurses Svensk sjuksköterskeförening (2002). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kristoffersen, NJ. (2005). Hälsa och sjukdom. I NJ. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad 1*. (1. uppl., 28-77). Stockholm: Liber.

Kvinnokliniken. (2008). *Cellförändringar: Cellförändringar på livmodertappen*. Hämtad 14 december, 2011, från Region Gotland, www.gotland.se

Landstinget Gävleborg. (2008). *Vårdprogram gynekologisk cellprovskontroll: Gynekologiska cellprovskontrollen och handläggning av cellförändringar*. Hämtad 14 december, 2011, från Landstinget Gävleborg, www.lg.se

Letterstål, A. Eldh, AC. Olofsson, P. & Forsberg, C. (2010). Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm: preoperative information, hospital care and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3112-3122. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x

Lindholt, JS. Vammen, S. Fasting, H. & Henneberg, EW. (2000). Psychological consequences of screening for abdominal aortic aneurysm and conservative treatment of small abdominal aortic aneurysms. *European Journal of vascular and Endovascular Surgery*, 20(1), 79-83. doi:10.1053/ejvs.1999.1087

Malina, M. (2010). Aneurysm. I B. Jeppson et al. (Red.), *Kirurgi*. (3. [rev.] uppl., 727-746). Lund: Studentlitteratur AB.

Malina, M & Pettersson, M. (2011). Aortaanerysm: behandling och omvårdnad. I C. Wann-Hansson, A. Gottsäter & B. Lindblad (Red.), *Vård och behandling av kärlsjukdomar* (1. uppl., s. 225-237). Lund: Studentlitteratur.

Marteau, TM. Kim, LG. Upton, J. Thompson, SG. & Scott, AP. (2004). Poorer self assessed health in a prospective study of men with screen detected abdominal aortic aneurysm: a predictor or a consequence of screening outcome? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(12), 1042-1046. doi:10.1136/jech.2003.019307

NHS Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screening Programme. (2011). *NHS Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screening Programme: Information for primary care*. Hämtad 2 december, 2011, från NHS Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screening Programme, <http://aaa.screening.nhs.uk/>.

Pettersson, M. & Bergbom, I. (2010). The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: open repair and endovascular techniques. *Journal of Vascular Nursing*, 28(1), 2-10.
doi:10.1016/j.jvn.2009.10.001

Rindforth Gillgren, M. (Red.). (2011). *Gynekologiskt cellprov*. Hämtad 14 december, 2011, från Vårdguiden Stockholms Läns Landsting, www.vardguiden.se

Scott, RA. Wilson, NM. Ashton, HA. & Kay, DN. (1995). Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study. *British Journal of Surgery*, 82(8), 1066-70.
doi:10.1002/bjs.1800820821

Scott, RA. Bridgewater, SG. & Ashton HA. (2002). Randomized clinical trial of screening for abdominal aortic aneurysm in women. *British Journal of Surgery*, 89(3), 283-285. doi:10.1046/j.0007-1323.2001.02014.x

Spencer, CA. Norman, PE. Jamrozik, K. Tuohy, R. & Lawrence-Brown, M. (2004). Is screening for abdominal aortic aneurysm bad for your health and well-being? *ANZ Journal of Surgery*, 74(12), 1069-1075. doi: 10.1111/j.1445-1433.2004.03270.x

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2008). *Screening för bukaortaaneurysm*. ([2. rev. utg.]). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

U.S. Preventive Services Task Force. (2005). Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. *Ann Intern Med*, 142(3), 198-202. Från <http://www.annals.org/content/142/3/198.full.pdf+html>

Statens kulturråd (1993). *Nationalencyklopedin: ett uppslagsverk på vetenskaplig grund utarbetat på initiativ av Statens kulturråd. Bd 12, [Käg-Malax]*. Höganäs: Bra böcker.

Wanhainen, A. Rosén, C. Rutegård, J. Bergqvist, D. & Björck, M. (2004). Low quality of life prior to screening for abdominal aortic aneurysm: a possible risk factor for negative mental effects. *Annals of Vascular Surgery*, 18(3), 287-293.
doi:10.1007/s10016-004-0021-x

Wanhainen, A. Lundkvist, J. Bergqvist, D. & Björck, M. (2006). Cost-effectiveness of screening women for abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*, 43(5), 908-914. doi:10.1016/j.jvs.2005.12.064

Wanhainen, A. (2011). Aortaanerysm: diagnostik och screening. I C. Wann-Hansson, A. Gottsäter & B. Lindblad (Red.), *Vård och behandling av kärlsjukdomar* (1. uppl., 217-223). Lund: Studentlitteratur.

Wanhainen, A. & Björck, M. (2011). The Swedish experience of screening for abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*, 53(4), 1164-1165. Hämtad från databasen PubMed 2011-10-26.

World Medical Association. (1964). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Helsingfors: World Medical Association.

BILAGOR

1. TABELL FÖR SÖKORD

Sökord	Databas och sökdatum	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Referens
Abdominal aortic aneurysm AND qol	Pubmed 2011-10-25	18	5	4	3	Brännström et al. 2009 Wanhainen et al. 2004 Hallin et al. 2002
Aortic Aneurysm AND qol	Pubmed 2011-10-25	27	5	5	3	Brännström et al. 2009 Wanhainen et al. 2004 Hallin et al. 2002
Abdominal aortic aneurysm AND quality of life AND screening	Pubmed 2011-10-25	85	13	6	6	Letterstål et al. 2010 Pettersson & Bergbom 2010 Brännström et al. 2009 Spencer et al. 2004 Wanhainen et al. 2004 Lindholt et al. 2000
Nursing AND AAA	Pubmed 2011-10-25	53	3	3	3	Berterö et al. 2010 Pettersson & Bergbom 2010 Brännström et al. 2009
Preoperative nursing care AND abdominal	Pubmed 2011-10-25	22	2	2	2	Letterstål et al. 2010 Pettersson et

aortic aneurysm						al. 2010
Abdominal aortic aneurysm AND screening AND patients emotions	Pubmed 2011-10-25	2	2	1	0	
Aortic aneurysm AND anxiety AND depression	Pubmed 2011-10-25	3	2	2	1	Spencer et al. 2004
Abdominal aortic aneurysm AND Quality of life AND Mass screening AND Surveillance	Pubmed 2011-10-25	19	4	2	2	Brännström et al. 2009 Wanhainen et al. 2004
Abdominal aortic aneurysm AND Quality of life AND Mass screening AND life impact	Pubmed 2011-10-25	5	2	2	2	Wanhainen et al. 2004 Lindholt et al. 2000
Abdominal aortic aneurysm AND Mass screening AND effects on life	Pubmed 2011-10-25	17	5	2	2	Berterö et al. 2010 Wanhainen et al. 2004
Abdominal aortic aneurysm AND screening AND Sweden	Pubmed 2011-10-26	13	4	4	4	Wanhainen et al. 2011 (bakgrund) Letterstål et al. 2010 Pettersson et

AND experience						al. 2010 Brännström et al. 2009
Abdominal aortic aneurysm AND interviews AND experiences	Pubmed 2011-11-24	4	2	2	2	Brännström et al. 2009 Berman et al. 2008
Bukaorta	Swepub 2011-10-26	7	2	2	0	
Bukaorta	SBU 2011-10-26	3	1	1	1	Statens beredning för medicinsk utvärdering 2008 (bakgrund)
AAA AND life AND patient	Cinahl 2011-11-21	17	1	1	0	
Screening AND patient AND AAA	Cinahl 2011-11-21	12	1	1	1	Upchurch et al. 2006 (Bakgrund)
Abdominal aortic aneurysm AND quality of life AND screening	Cinahl 2011-10-28	10	5	2	1+1 som fanns i referenslistan till en av de exkluderade artiklarna från denna sökning	Brännström et al. 2009 Marteu et al. 2004

2. MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING

Ja = 1 poäng, Nej = 0 poäng, maxpoäng = 10.

0-5 poäng = låg kvalitet, 5-8 poäng = medel, 8-10 poäng = hög kvalitet.

Kvalitativ	The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: Open repair and endovascular techniques	Screening for abdominal aortic aneurysm, a one-year follow up: an interview study	Patients experience of being informed about having an abdominal aortic aneurysm – A follow-up case study five years after screening	Patients experience of open repair of abdominal aortic aneurysm – preoperative information, hospital care and recovery	Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: The patient's perspective
Finns det ett tydligt problem formulerat?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?	Ja	Nej	Nej	Ja (transitionsprocessen)	Nej
Är syftet klart formulerat?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Är metoden väl beskriven?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Är undersökningspersonerna väl beskrivna?	Ja	Ja	ja	ja	ja
Beskrivs dataanalyseringen väl?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Är valet av analys bra?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Var resultatet relevant för litteraturöversikten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis
Finns det en metoddiskussion?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
POÄNGSUMMA	10	9	9	10	8,5

Kvantitativ	Is screening for abdominal aortic aneurysm bad for your health and well-being?	Psychological consequences of screening for abdominal aortic aneurysm and conservative treatment of small abdominal aortic aneurysms	Poorer self assessed health in a prospective study of men with screen detected abdominal aortic aneurysm: a predictor or a consequence of screening outcome?	Areas of concern, quality of life and life satisfaction in patients with peripheral vascular disease	Low quality of life prior to screening for abdominal aortic aneurysm: A possible risk factor for negative mental effects	Screening for abdominal aortic aneurysms does not increase psychological morbidity
Finns det ett tydligt problem formulerat?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Är syftet klart formulerat?	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Nej
Är metoden väl beskriven?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Är undersökningspersonerna väl beskrivna?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Var urvalet adekvat?	Ja	Ja	Ja	Delvis	Nej	Ja

Analyserades datan adekvat?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var resultatet relevant för litteraturöversikten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det en metoddiskussion?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
POÄNGSUMMA	9	8,5	8,5	6,5	7	7

3. ARTIKELPRESENTATION

Författare & titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Antal citeringar	Kvalitet snivå
Berman L, Curry L, Gusberg R, Dardik A & Fraenkel L Informed consent for Abdominal Aortic Aneurysm repair: the patient's perspective	2008. USA. <i>Journal of Vascular Surgery</i> (J Vasc Surg 2008;48:296-302	Att undersöka patienters åsikter om beslutsprocesser och kvaliteten på kirurg - patient kommunikationen under informationen och beslutsfattande före en AAA reparation.	Kvalitativ. Djupintervjuer med 20 stycken patienter som genomgått någon AAA operation eller som helt avböjt behandling de senaste 3-6 månaderna på två olika sjukhus i USA. 22 stycken blev inbjudna från början men 2 avböjde att delta. Tog ej med patienter som inte var aktuella för operation då studien omfattade beslutsfattandet. De valde deltagare ur alla samhällsskikt samt patienter med både positivt och negativt utfall av behandlingen. Datan var självständigt transkriberad och analyserad av en grupp individer genom användande av en konstant jämförande metod för analys och systematisk kodning.	4 teman identifierades som karaktäriserade hur patienterna upplevde informationsprocessen och beslutsfattandet: 1: Patienter uppskattade inte omfattningen av deras alternativ 2: Patienter uppvisade att de inte hade fått tillräckligt med information innan de fattade ett beslut. 3: Patienterna skilde sig åt i omfattning och innehåll av information som de önskat under det informationen och samtycket 4: Tillit till kirurgen hade en inverkan på informationsprocessen och samtycket till behandling.	8	Hög
Berterö C, Carlsson P & Lundgren	2010. Sverige. <i>Journal of Vascular Nursing</i>	Att undersöka hur	Kvalitativ. 10 män som under screening visade sig ha en aorta ≥ 30 mm	Teman: (i) känna sig trygg under uppsikt; (ii) leva som vanligt men förtrycka tankar; och (iii) känna	1	Hög

<p>F</p> <p>Screening for abdominal aortic aneurysm, a one-year follow up: an interview study</p>	<p>(J Vasc Nurs 2010;28:97-101)</p>	<p>livssituationen påverkas under en 12månadersperiod för de män som får diagnosen AAA under screening och sedan övervakas.</p>	<p>blev inbjudna till en intervju 1 år efter screeningen. Intervjun var semistrukturerad och fokuserade på hur männen upplevde screeningen och beskedet att ha en förstorad aorta. Data analyserades genom en tolkande fenomenologisk metod.</p>	<p>besvikelse p.g.a. negativt resultat. Om screeningen påvisade en förstorad aorta var beskedet hanterbart men en expanderade aorta gav obehagliga känslor. Männen levde som vanligt men hade tankar kring att ha AAA och att något skulle kunna hända när de minst anar det. De tänkte på vilka konsekvenser en förstorad aorta innebär och kring operationen. Männen vars AAA blev upptäckt under screeningen svarade i en intervju gjord i ett 1-års retrospektiv att de kände sig trygga att vara under uppsikt.</p>		
<p>Brännström M, Björck M, Strandberg G & Wanhainen A</p> <p>Patients' experiences of being informed about having</p>	<p>2009. Sverige. <i>Journal of Vascular Nursing</i> (J Vasc Nurs 2009;27:70-74)</p>	<p>Att beskriva patienters upplevelse 5 år efter dem har blivit informerade om att de har ett AAA efter screening, i en</p>	<p>Kvalitativ. Deltagarna togs från en tidigare studie som hade undersökt vilka effekter på livskvaliteten som en screening kan ha. Samtliga av dessa patienter hade vid screeningen ett lågt resultat på SF-36 vid mätningen av mental hälsa. De hade också sjunkit ytterligare i resultat 12 månader efter screeningen, mätt med samma instrument. Antalet patienter som passade in i urvalsgruppen var 6</p>	<p>Patienterna litade på sjukvården och hade fått bra lättförstådd information. Var medvetna om att deras AAA kunde växa och att det kunde vara livshotande. Kände ingen rädsla eller oro för sitt tillstånd då de gick på kontinuerliga uppföljningskontroller. Att veta personer i sin närhet som tidigare hade genomgått lyckade operationer för AAA ingav trygghet. De uppgav inga symtom</p>	<p>1</p>	<p>Hög</p>

an abdominal aortic aneurysm - a follow-up case study five years after screening.		undergrupp av patienter som drabbats av en minskad livskvalitet (Quality of life) 12 månader efter screeningen.	stycken, men tre exkluderades av olika anledningar. 3 stycken blev kvar. Två av dessa tre hade vid intervjuerna redan opererats för sitt AAA. Samtliga hade innan diagnosen av AAA lidit av andra långvariga sjukdomar. Intervjuerna analyserades genom innehållsanalys.	från sitt AAA. Överskuggades därför av andra sjukdomar som påverkade deras dagliga liv. Vetskapen om att de hade AAA hade inte påverkat deras livskvalitet nämnvärt. Såg AAA som ett botbart tillstånd.		
Hallin A, Bergqvist D, Fugl-Meyer K & Holmberg L Areas of concern, quality of life and life satisfaction in patients with peripheral vascular disease	2002. Sverige. <i>European Journal of Vascular and Endovascular Surgery</i> (Eur J Endovasc Surg 2002;24:255-263)	Att utforska hur perifer kärlsjukdom subjektivt påverkar patienten och relatera dessa fynd till validerade mätinstrument för livskvalitet	Kvantitativ samt 8 fristående kvalitativa frågor . Tvärsnittsstudie. 80 patienter med halsartärförträngning, AAA, fönstertittarsjuka och kritisk extremitetsischemi fick svara på frågor från mätinstrumenten SF-36 och LiSat-11 samt svara på 8 öppna intervjufrågor. En kontrollgrupp som bestod av ett åldersmatchat urval från den nationella populationen användes.	Ickeopererade AAA-patienter påverkas mest av områdena ångest/oro och oro över familjen medan de opererade påverkades av områdena sexuell funktion och ångest/oro. SF-36 visade att AAA-patienterna skattade livskvaliteten likvärdigt med kontrollgruppen. I områdena smärta och känslomässig roll skattade AAA-patienterna högre livskvalitet. I resultatet från LiSat-11 hade AAA-patienterna signifikant lägre poäng jämfört med kontrollgruppen i områdena	22	Medel

		t och livstillfred sställelse.		tillfredsställelse med livet som helhet, sexualliv, och psykologisk hälsa.		
Letterstål A, Eldh AC, Olofsson P & Forsberg C Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm--preoperative information, hospital care and recovery	2010. Sverige. <i>Journal of Clinical Nursing</i> (Journal of Clinical Nursing 2010;19:3112-3122) doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x	Att belysa patienters upplevda erfarenhet av vårdkedjan för att genomgå en öppen operation för abdominal aorta aneurysm.	Kvalitativ. Urvalet genom målinriktad stickprovsteknik där man valde bland patienter som behandlats med öppen kirurgi för sitt AAA genom att använda urvalskriterier. 1: Patienten genomgått en planerad öppen operation, antingen med okomplicerat efterförlopp eller med postoperativa eller medicinska komplikationer under vårdtiden. 2: Ingen dokumenterad mental eller kommunikativt problem journalfört 3: Att de kunde förstå och tala svenska.	Innan operation: De hade vetskap om att man i väntan på operationen kan dö om aneurysmet brast. En förståelse för hur allvarlig situationen var skapade lidande i väntan på operation och begränsade det dagliga livet. Vissa upplevde det stressande att vänta. Behovet av information om behandlingen var enormt, trots att både muntlig och skriftlig information hade getts ansågs det otillräckligt. En upplevelse av att inte ha något annat val än att tacka ja till operationen. Efter operation på avdelningen: Upplevde beroende och skam av att behöva hjälp Upplevde fysiska förändringar. Vårdpersonalen uppmärksammade inte den känslomässiga påverkan operationen haft på patienten, utan bara den fysiska. Att vara hemma:	0	Hög

				Upplevde ett behov av att tala med folk om sina upplevelser. Att väl hemma förstå riskerna med operationen man nyss genomgått. Patienterna kände ett behov av att samtala om sin upplevelse.		
Lindholt J S, Vammen S, Fasting H & Henneberg E W Psychological Consequences of Screening for Abdominal Aortic Aneurysm and Conservative Treatment of Small Abdominal Aortic Aneurysms	2000. Sverige. <i>European Journal of Vascular and Endovascular Surgery</i> (Eur J Vasc Endovasc Surg 2000;20:79-83)	Att beskriva potentiella psykiska konsekvenser screening för AAA medför.	Kvantitativ. Av alla män mellan 65-73 år, bosatta i Viborg randomiserades 4404st att bli inbjudna till ultraljudsscreening. 15% av männen fick fylla i en enkät före screeningen. 10% fick fylla i en enkät 1 månad efter screeningen. Enkäten skickades även till flera randomiserade kontrollgrupper. Enkäten är en validerad, generisk och global QL-enkät med 24 punkter baserade på rapporterade psykologiska konsekvenser efter screening samt existerande enkäter och utvärderar 6 kategorier: generell självskattad livskvalitet, känslomässig, fysisk hälsa, psykosomatisk nöd, sociala- och familjefunktioner samt giftermål.	Livskvaliteten skattades lägre före screeningen och högre efteråt för de patienter som kom dit. Före screening var det ingen skillnad i livskvalitetsskattning mellan de som kom till screening och de som avböjde inbjudan. Livskvaliteten sjönk och fortsatte att sjunka hos de AAA-patienter som fick konservativ behandling. Efter operation är försämringen av livskvaliteten helt reversibel.	63	Hög
Marteau T M, Kim L G, Upton J,	2004. UK. <i>Journal of Epidemiology</i>	Att bedöma till vilken	Kvantitativ. Prospektiv studie. De använde data som samlades in	Den självskattade hälsan före screening var lägre hos de män som sedan fick diagnosen AAA	9	Hög

<p>Thompson S G & Scott A P</p> <p>Poorer self assessed health in a prospective study of men with screen detected abdominal aortic aneurysm: a predictor or a consequence of screening outcome?</p>	<p><i>and Community Health</i> (J Epidemiol Community Health 2004;58:1042-1046)</p>	<p>grad låg självskattad hälsa hos män vars AAA upptäcks vid screening är en konsekvens eller en skäl för screeningresultatet.</p>	<p>under en MASS-studie i Storbritannien. Från ett befolkningsbaserat urval på 67800 män i åldrarna 65-74 randomiserades 33839 att få kallelse till screening. Män med känd AAA eller tidigare AAA-operation exkluderades. De som kallades fick också ett informationsblad och en enkät. 80% av männen screenades. De svarade på en baseline-enkät. Fullständig data fanns sedan hos 87% av dessa män, varav AAA upptäcktes hos 5% av dem (≥ 30mm). Stickprov utfördes bland dessa män (571 med AAA, 609 med normal aorta) som fick skatta sin hälsa 6 veckor efter screeningen. Stickproven var jämförbara med den stora gruppen men de i stickprovsgruppen bodde i finare områden, särskilt de i AAA-gruppen. Det kan beskriva den något högre skattade hälsan i stickprovet före screeningen. SF-36 användes. Postkoderna från 1991 års folkbokföring användes för att titta på patientens sociala bakgrund.</p>	<p>jämfört med männen som hade normal aorta. En liknande skillnad var uppenbar både före och efter screeningen i stickprovsgruppen vars självskattade hälsa mättes vid dessa två tillfällen. Skillnaden mellan männen med AAA och männen med normal aorta var inte statistiskt signifikant efter screeningen. Ålder, social misär, diastoliskt blodtryck och familjehistoria var alla skäl både för att ha aneurysm och grad av självskattad hälsa. Systoliskt blodtryck var en ytterligare prediktor för att ha aneurysm men inte för den självskattade hälsan. Även efter justering av andra faktorer var fortfarande självskattad hälsa en stark skäl för att ha aneurysm: ju lägre en mans upplevda hälsa var före screening, ju större chans att ett aneurysm upptäcktes.</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Pettersson M & Bergbom I The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: open repair and endovascular techniques	2010. Sverige. <i>Journal of Vascular Nursing</i> (J Vasc Nurs 2010;28:2-10)	Att beskriva och tolka vad det betyder för en patient att få diagnosen AAA samt hur de upplever behandlingen.	Kvalitativ. Ett hermeneutiskt tillvägagångssätt användes. 20 patienter som har genomgått två olika operationer för AAA blev sekventiellt inbjudna till intervjuer 1 månad efter operationen. De fick beskriva sin upplevelse och svara på frågor kring livskvalitet och välbefinnande.	Tre teman framkom för alla patienter: (i) En oförmåga att komma till rätta med ett livshotande tillstånd, (ii) En känsla av att leva på lånad tid, samt (iii) En känsla av att beviljats ett nytt liv. Temat för patienter som genomgick öppen kirurgi var att diagnosen AAA var en prövning att uthärda medan temat för patienter som genomgick EVAR var en känsla av tacksamhet, säkerhet och osäkerhet. Så fort aneurysmet upptäcktes var patienterna övertygade om att de var både välsignade och räddade och kände tacksamhet.	1	Hög
Spencer CA, Norman PE, Jamrozik K, Tuohy R & Lawrence-Brown M Is screening for abdominal aortic aneurysm bad for your	2004. Australien. <i>ANZ Journal of Surgery</i> (NZ J. Surg. 2004;74:1069-1075)	Att undersöka om AAA-screening orsakar förändring I den hälsorelaterade livskvaliteten för patienter	Kvantitativ. En tvärsnittlig fallstudiejämförelse gjordes av män 65-83 år bosatta i Perth, Australien. Männen fick svara på en enkät innehållande frågor från mätinstrumenten SF36, EQ5D och HADS samt flera självständiga frågor angående livskvalitet. De 2009 män som deltog i screening för AAA svarade före screeningen på en kort enkät	Män med AAA var mer begränsade i att utföra fysisk aktivitet jämfört med män med normalstor aorta. Efter screeningen var det signifikant mindre sannolikt att män med AAA hade pågående smärta och obehag än män med normalstor aorta. Männen med AAA besökte mer sällan läkare än män med normalstor aorta. Den genomsnittliga nivån av	14	Hög

health and well-being?		och deras partner.	gällande hur de uppfattade sin allmänhälsa. Till 498 män (157 med AAA & 341 med normal aorta) skickades 2 enkäter för färdigställande 12 månader efter screeningen. Ett av dessa var till mannen och ett till hans partner gällande den svarandes livskvalitet.	självskattad allmänhälsa ökade för alla män efter screeningen jämfört med före.		
Wanhainen A, Rosén C, Rutegård J, Bergqvist D & Björck M Low quality of life prior to screening for abdominal aortic aneurysm: a possible risk factor for negative mental effects.	2004. Sverige. <i>Annals of Vascular Surgery</i> (Ann Vasc Surg 2004;18:287-293)	Utvärdera effekten på livskvalitet (Quality of life) som screening för AAA kan ha i ett befolkning sbaserat screeningprogram för AAA.	Kvantitativ. Alla män och kvinnor 65-75 år i Norsjö kommun bjöds in till att genomföra en screening. De fick svara på frågor från SF-36 före screeningen. 2 grupper skapades. En med patienter med screening-upptäckt AAA (n 27) samt en kontrollgrupp med slumpmässigt utvalda patienter med normal aorta (n 59). Jämförelser gjordes mellan de två grupperna samt den allmänna svenska befolkningen i samma ålder. 12 månader efter screeningen svarade grupperna återigen på frågor från SF-36. Gruppen med AAA svarade även på 10 AAA-specifika frågor.	Låg livskvalitet före screeningen är en riskfaktor för att drabbas av negativa mentala effekter efter en screening där man finner ett AAA.	18	Medel

4. RESULTATPRESENTATION

	Patientens positiva upplevelse av AAA-besked	Patientens negativa upplevelse av AAA-besked	Patientens positiva upplevelse av att leva med AAA	Patientens negativa upplevelse av att leva med AAA
Berman et al. 2008				Missuppfattningar om vad som kan orsaka ruptur, leder till begränsning i dagligt liv samt önskan att operation ska ske så fort som möjligt. Risk att inte ta till sig information kring komplikationer operationen innebär. Såg ev. ruptur som större risk än operation. Kände sig tvungna att genomgå operation p.g.a. rädsla för ruptur. Överlät beslutet på läkaren p.g.a. bristande information preoperativt.
Berterö et al. 2010	Diagnosen hanterbar då patienterna var under uppsikt. Positivt att riskfaktorer också upptäcktes.		Trygghet att vara under uppsikt. Tilltro till sjukvården. Hanterbart om AAA inte expanderade.	Besvikelse om AAA expanderat. Oro inför framtida komplikationer. Känsla av begränsningar i det dagliga livet. "Pest eller kolera" – ruptur eller operation. Ville inte alltid veta om sitt AAA.
Brännström et al. 2009	AAA sågs som ett botbart tillstånd p.g.a. samsjuklighet.		Övriga sjukdomar oroade och påverkade mer än AAA. Trygga p.g.a. bra information samt vetskap om andra som överlevt sjukdomen.	
Hallin et al. 2002			Skattar livskvalitet avseende smärta och känslomässig roll högre än normalbefolkningen.	Lägre skattad tillfredsställelse avseende livet som helhet, sexualliv och fysisk hälsa för konservativt behandlade patienter jämfört med normalbefolkningen. Oro och ångest påverkade patienterna mest. Oro inför framtida komplikationer. Begränsning av fysisk aktivitet.
Letterstål et al. 2010				Oro. Påverkan på dagligt liv. Leva med ett dödligt hot i väntan på operation.

				Operation som enda chans att överleva. Bristande förståelse för operationens risker. Upplevde sig ej mottagliga för information.
Lindholt et al. 2000	Stress lägre efter screening.		Låg självskattad livskvalitet var reversibel efter operation.	Lägre livskvalitet hos konservativt behandlade patienter.
Marteu et al. 2004		AAA-patienter skattade sin hälsa lägre före screening än män med normal aorta.		
Pettersson & Bergbom 2010	Nytt perspektiv på livet. Fått en andra chans och beviljats nytt liv. Tacksamhet.	Mental blockad p.g.a. snabbt förlopp. Hjälplösa. Svårt att greppa och begripa.		Känsla av att leva på lånad tid. Tankar kring döden. "Vänta på dödsdom". Fysiska symtom oroade patienterna, svårt att veta vilka symtom och tecken som är farliga. Operationen ett "nödvändigt ont" men också ett måste.
Spencer et al. 2004			Livskvalitet oförändrad eller förbättrad 12 månader efter screening. Besökte läkare mer sällan. Skattade sin hälsa i flera avseenden högre än normalbefolkningen.	
Wanhainen et al. 2004	Livskvaliteten oförändrad. Nöjd med information och besked. Ingen rädsla eller oro. Ingen förändring i fysisk aktivitet.	Låg livskvalitet före screening är en riskfaktor för negativa psykiska påföljder vid AAA-upptäckt.		

